



Guia de Participação de Sinistro Viagem



FORTALEZA
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA

Guia de Participação de Sinistro Viagem

Saiba sempre como proceder em caso de sinistro

www.fortalezaseguros.co.ao

O que fazer em caso de sinistro?

Caso se encontre no estrangeiro:

- Em caso de ocorrência de sinistro em Viagem no estrangeiro, deverá, num prazo máximo de 24 horas, contactar a
Linha de Atendimento ao Cliente +244 923 165 166 | +244 226 165 165

Caso se encontre em Angola:

- Em caso de ocorrência de sinistro em Viagem, deverá num prazo máximo de 8 dias úteis, contactar a FORTALEZA Seguros através de uma das seguintes opções:
Linha de Atendimento ao Cliente +244 923 165 166 | +244 226 165 165
Endereço Electrónico: info@fortalezaseguros.ao

Qual a documentação necessária para a participação de sinistro?

Caso esteja em Angola, é necessário apresentar a seguinte documentação:

- Formulário de Participação de Sinistro Viagem, com máximo de detalhe e rigor possível
- Cópia do Documento de Identificação
- Comprovativo das despesas realizadas, por forma a salvaguardar o eventual reembolso destas despesas
- Cópia de participação às autoridades em caso de roubo de bagagem
- Outra documentação de suporte (e.g. relatórios médicos, receitas, entre outros)

Como preencher o Formulário de Participação de Sinistro Viagem?

Dados a ter em conta ao preencher o Formulário:

Tomador do Seguro
Apelido, nome e morada

Pessoa Sinistrada

Data da Ocorrência e Local

Descrição do Sinistro

Descreva em pormenor o acidente

FORTALEZA SEGUROS
QUE CONSTITUI UM

Seguro Viagem Formulário de Participação de Sinistro

Aplicar: Nº de identificação do processo (Companhia) _____ Rubrica: 33

Data de Entrada: ____/____/____

Produto: _____

Atenção:
* O tomador e a sua participação estão e são aprovados, em seus compromissos de pagamento devidos em montantes.
* O interessado em participar deve apresentar este documento e o documento de identificação do tomador em dois exemplares.
* O documento deve ser enviado para: FORTALEZA Seguros Companhia de Seguros, S.A., Sede Social: Bloco 2, 5º andar, Travessa, Município de Beira, LUANDA.

Tomador do Seguro

Nome/ Designação Social: _____
Morada/ Sede Social: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
B./I. Passaporte: _____ NIF: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Pessoa Sinistrada

Nome Completo: _____
B./I. Passaporte: _____ NIF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Relação com o Segurado: Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Detalhes do Acidente

Data: ____/____/____ Hora: _____ Local: _____
Rua: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
O acidente ocorreu durante a sua actividade profissional/ missão de serviço: Sim Não
O acidente foi de viagem: Sim Não
Matrícula: _____ Seguradora: _____ Nº Aplicar: _____
Quem prestou a primeira assistência?
Nome/ Designação Social: _____
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Descrição sucinta do Sinistro: _____

FORTALEZA Seguros - Companhia de Seguros, S.A. - Pessoa Colectiva N.º 146111 - Capital Social A21 121 121 000,00 - NIF 501742784
SEDE: Caixa Faxeiros, Bloco 2 - 5º andar Travessa 501 e 502, Via 58, Talares, Município de Beira - LUANDA

Formulário de Participação de Sinistro 1/3

Documentos Obrigatórios

Assinatura do Participante

Autos anexados pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-criminoso ou acidente de viação

Incapacidade Permanente Parcial
Relatório Médico completo

Autos levantados pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-criminoso ou acidente de viação

Despesas de Tratamento
Informação Clínica
Prescrição Clínica (Recetiva)
Recibos Originais (Hospital, Clínica, Farmácia, ...)

Subsídio por tratamento hospitalar
Declaração do Hospital
Factura/Recibo Original

Subsídio por Incapacidade Temporária
Relatório Médico completo
Recibos de salários pagos Trabalhadores por Conta de Outrem ou Compromissos de Rendimentos de Trabalho para Trabalhadores por Conta Própria

Despesas de Funeral
Recibos originais das despesas de funeral

Viagem
No desaparecimento de bagagem, na Transportadora ou em Hotel:
Cópia do Formulário participando do desaparecimento da bagagem à transportadora ou à Administração do Hotel e designação a informar os valores indemnizáveis.

Declaração - A completar pelo Reclamante (assinatura obrigatória)

As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregado, Ex-empregado, Organismo oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Fortaleza Seguros.

Local: _____
Data: ____/____/____
Assinatura (em caso de pessoa colectiva, carimbo)

FORTALEZA Seguros - Companhia de Seguros, S.A. - Pessoa Colectiva N.º 146111 - Capital Social A21 121 121 000,00 - NIF 501742784
SEDE: Caixa Faxeiros, Bloco 2 - 5º andar Travessa 501 e 502, Via 58, Talares, Município de Beira - LUANDA

Formulário de Participação de Sinistro 3/3

Identificação do Terceiro (caso exista)

Nome: _____
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Relação com o Segurado: Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome: _____
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Relação com o Segurado: Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome: _____
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Relação com o Segurado: Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome: _____
Morada: _____
Provincia: _____ Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Relação com o Segurado: Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

FORTALEZA Seguros - Companhia de Seguros, S.A. - Pessoa Colectiva N.º 146111 - Capital Social A21 121 121 000,00 - NIF 501742784
SEDE: Caixa Faxeiros, Bloco 2 - 5º andar Travessa 501 e 502, Via 58, Talares, Município de Beira - LUANDA

Formulário de Participação de Sinistro 2/3

■ Não se esqueça:

- Carregue bem na caneta para passar para o duplicado
- Forneça sempre número de telefone e e-mail de forma a agilizar o processo



Formulário de Participação de Sinistro Viagem



FORTALEZA
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA



Seguro
Viagem

Formulário de Participação de Sinistro

Apólice

Data de Entrada / /

Nº de Identificação do processo (Companhia)

Rúbrica

Produto

Atenção:

- Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos
- O preenchimento completo desta participação e o envio dos documentos abaixo identificados são fundamentais para a rápida resolução deste processo
- A documentação deverá ser enviada para FORTALEZA Seguros | Cidade Financeira, Bloco 2 - 5º andar, Fracções 501 e 502, Talatona - Município de Belas, LUANDA

Tomador do Seguro

Nome/ Designação Social

Morada/ Sede Social

Província Município Bairro

B.I./ Passaporte NIF

Telefone Telemóvel E-mail

Pessoa Sinistrada

Nome Completo

B.I./ Passaporte NIF

Data de Nascimento - - Sexo M F

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Detalhes do Acidente

Data - - Hora Local

Rua

Província Município Bairro

O acidente ocorreu durante a sua actividade profissional/ missão de serviço Sim Não

O Acidente foi de viação Sim Não

Matrícula Seguradora Nº Apólice

Quem prestou a primeira assistência?

Nome/ Designação Social

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Descrição **sucinta** do Sinistro

Identificação do Terceiro (caso exista)

Nome

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Testemunhas

Nome

Morada

Província Município Bairro

Telefone Telemóvel E-mail

Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Documentos Obrigatórios a anexar a esta Participação

Morte

Certidão de Óbito

Certidão de Habilitação de Herdeiros, caso hajam beneficiários

Certidão de Cópia Integral, caso os beneficiários sejam menores

Auto levantado pelas autoridades

Invalidez Permanente

Relatório Médico completo

Auto levantado pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-crime ou acidente de viação

Incapacidade Permanente Parcial

Relatório Médico completo

Auto levantado pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-crime ou acidente de viação

Despesas de Tratamento

Informação Clínica

Prescrição Clínica (Receita)

Recibos Originais (Hospital, Clínica, Farmácia...)

Subsídio por tratamento hospitalar

Declaração do Hospital

Factura/Recibo Original

Subsídio por Incapacidade Temporária

Relatório Médico completo

Recibo de salário para Trabalhadores por Conta de Outrem ou Comprovativo de Rendimentos de Trabalho para Trabalhadores por Conta Própria

Despesas de Funeral

Recibos originais das despesas de funeral

Viagem

No desaparecimento de bagagem, na Transportadora ou em Hotéis:

Cópia do Formulário participando o desaparecimento da bagagem à transportadora ou à Administração do Hotel e declaração a informar os valores indemnizados.

Declaração - A completar pelo Reclamante (assinatura obrigatória)

As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregado, Ex-empregador, Organismo oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Fortaleza Seguros.

Local

Data

 de de

Assinatura (Em caso de pessoa colectiva, carimbar)





FORTALEZA Seguros

Telefone: **+244 923 165 166** | **+244 226 165 165**

E-mail: **info@fortalezaseguros.ao**

www.fortalezaseguros.ao

Cidade Financeira
Bloco 2 - 5º andar
Fracções 501 e 502
Talatona - Município de Belas
LUANDA